

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lingkungan dalam pengertian kamus besar bahasa Indonesia tertulis, lingkungan adalah daerah (kawasan dan sebagainya) yang termasuk di dalamnya, bagian wilayah dalam kelurahan yang merupakan lingkungan kerja pelaksanaan pemerintahan desa dan lingkungan adalah sebuah agregat dari seluruh kondisi dan pengaruh luar yang memengaruhi kehidupan dan perkembangan suatu organisme (Asmadi. 2008:40). Lingkungan merupakan salah satu faktor yang memungkinkan terjadinya *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*(*Neophobia*) karena adanya hubungan antara *hospes* atau *host* (Penjamu/Manusia), *agent* (agens penyakit) dan lingkungan (*environment*) (Asmadi. 2008:41) sebagai contoh dalam interaksi manusia dan lingkungan interaksi ini merupakan keadaan dimana saat manusia langsung dipengaruhi oleh lingkungannya yang dilakukan secara berulang-ulang sampai seterusnya dan bisa saja akan terjadi pada saat *prepatogenesis* dari suatu penyakit (Chandra. 2007:7,10). Perilaku *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* khususnya *Neophobia* makanan bisa saja terjadi karena mahalnya bahan makanan segar, kurangnya pengetahuan keluarga, tinggal sendiri juga berhubungan dengan nutrisi karena cenderung kurang termotivasi untuk menyiapkan makanan seimbang bagi diri sendiri atau bahan makanan segar dapat dibeli tetapi kurang termotivasi terhadap nutrisi sendiri sehingga bergantung pada obat-obatan nutrisi atau penambah nafsu makan. *Neophobia* dianggap dengan istilah mekanisme pelindung karena akan sangat menonjol pada usia dua hingga

enam tahun hal ini seperti "mekanisme perlindungan" yang diperkuat untuk menjaga anak usia *toddler* yang cenderung sering memasukkan barang ke mulut mereka hal ini juga membantu balita tumbuh dari hal-hal yang tidak aman atau beracun.

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder atau ARFID adalah kategori diagnostik baru yang diterbitkan oleh American Psychiatric Association (*APA*) di DSM 5, 2013. DSM 5 singkatan Diagnostik Manual dan Statistik Gangguan Mental, edisi 5. Panduan ini memberikan kriteria tenaga medis untuk menentukan dan mendiagnosa berbagai kejiwaan dan kondisi perkembangan ini memberikan klasifikasi umum dari gangguan kejiwaan yang dapat digunakan di seluruh dunia. Klasifikasi anak-anak dengan gangguan makan khususnya *neophobia* makanan tidak begitu sangat memuaskan seperti di Inggris, banyak istilah yang digunakan untuk menggambarkan gangguan makan pada anak-anak hal ini termasuk: makan selektif, kerewelan ekstrim, pilih-pilih makan, pengumpulan rewel, gangguan emosional menghindari makanan, fobia makanan, disfagia fungsional dan gangguan lingkungan, makan tidak teratur hal ini karena hiper-reaktifitas sensorik sulit karena keadaan sekitar dan enggan makan didepan banyak orang sehingga menjadi masalah pada waktu makan dirumah atau waktu disekolah seringkali anak tidak bisa makan karena perilaku *picky eating* dan bergantung pada makanan yang biasa dimakan (Infant and Toddler Forum. 2016:2). Tanda dan gejala ARFID yang merupakan pola kelainan makan yang dilakukan secara terus-menerus diataranya ditandai dengan kurangnya minat dalam makanan atau kurang nafsu makan, selektif dan pilih-pilih makandanperingatan yang harus diperhatikanya itu perilaku *picky eating* atau *neophobia* yang belum terselesaikan pada masa kanak-kanak hingga akhir masa

kanak-kanak, ketidakmampuan atau keengganan untuk makan di depan orang lain (misalnya, di sekolah, di rumah teman, di sebuah restoran) (Menzel. 2016).

Faktor yang dapat dihubungkan antara *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*(*Neophobia*) dengan lingkungannya itu salah satu contoh awal ialah lingkungan keluarga karena lingkungan keluargalah tingkatan pertama yang ditemui oleh anak dan menjadi contoh terhadap anak yang cenderung mungkin membuat anak berperilaku *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*(*Neophobia*). Perilaku *abnormal* yang dilakukan secara terus-menerus dan berulang yang diajarkan kepada anak atau ditiru/dicontoh oleh anak karena melihat lingkungan sekitar beberapa studi terkait faktor-faktor di Indonesia sendiri masih belum diketahui adanya publikasi penelitian yang lebih rinci terkait faktor lingkungan dengan pola makan namun ada beberapa penjelasan yang sempat diteliti sebelumnya contohnya sejak kecil anak tidak diperkenalkan makanan seperti sayuran atau yang lain-lain sebagai contoh dalam penjelasan dan penelitian Damayanti (2015:9) hanya 2 atau 3 jenis makanan saja diperkenalkan (35%) dan perilaku *picky eating* pada anak menunjukkan bahwa anak jarang makan sayur (70%) data ini kemudian di dukung penelitian Antolis (2012) jenis makanan keluarga yang paling sering diberikan adalah sop sayur, yang mana ditunjukkan dari jumlah orang tua yang memberikan makanan tersebut sebanyak 41 orang, walaupun ada juga yang memberikan ikan, daging, tahu, tempe dan lain-lain. Lingkungan sosial-budaya adalah contoh kedua karena Indonesia sendiri memiliki banyak mitos atau budaya yang sudah lama ada namun bertentangan dengan ilmu gizi hal ini dikarenakan informasi terkait pemberian makan kepada anak berupa mitos-mitos maupun budaya yang terdapat di dalam masyarakat yang jika tidak dikritisi dapat berdampak menjadi

kesulitan dan menjadi pantangan makan bagi anak sehingga dalam beberapa studi menjelaskan anak yang mempunyai makanan pantangan berisiko mengalami karakteristik *picky eaters* 9,9 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang tidak mempunyai makanan pantangan (Kusumawardhani, et al. 2013:24).

Penelitian terkait perilaku pola makan yang pilih-pilih pernah diteliti dan dijelaskan bahwa 18 Orang tua (46% responden) melaporkan tujuh atau lebih makanan dimakan bersama-sama dalam keluarga setiap minggu. Peringkat kelompok orang tua dan anak mereka secara signifikan lebih rendah (4,66) pada skala *pickiness* dan digunakan untuk survei ini. Orang tua yang mengatakan mereka makan lebih sedikit makanan saat bersama-sama sekitar 38% dan dari orang tua melaporkan makan 4-6 porsi sebagai sebuah keluarga setiap minggu, dan orang tua dinilai pilih-pilih makan anak-anak mereka (5,8). Orang tua yang melaporkan bahwa mereka memiliki 3 atau lebih sedikit makanan dimakan bersama-sama mewakili 15% dari sampel dan menunjukkan peringkat *pickiness* anak-anak dari 8,0 dari 10 pts. Dari 18 orang yang dilaporkan 7 atau lebih makan bersama, 15 dari mereka orang tua juga menyatakan bahwa anak mereka membantu dengan menyiapkan makanan dan membersihkan. Kelompok ini peringkat *pickiness* anak mereka di 4,73 dibandingkan dengan rata-rata untuk semua anak peringkat 5,6 (Lyons. 2015:7). Berdasarkan data demografi ARFID dengan menggunakan kriteria DSM-5 yang diusulkan, 39 (22,5%) pasien yang memenuhi kriteria untuk ARFID, 93 (53,8%) untuk AN (*Anorexia Nervosa*), 20 (11,6%) untuk BN (*Bulimia Nervosa*), dan 21 (12,1%) untuk OSFED (*Other Specified Feeding or Eating Disorder*) / UFED (*Unspecified Feeding or Eating Disorder*). Khususnya, semua pasien yang didiagnosis dengan ARFID dilakukan diagnosis

DSM-IV dari EDNOS (*Disorder Not Otherwise Specified*). Tidak ada yang didiagnosis dengan DSM-IV *Feeding Disorder* dari bayi atau anak usia dini, karena semua yang berusia lebih dari enam tahun di *intake*. Dari 173 peserta termasuk, 92% adalah perempuan dengan usia rata-rata 13,5 tahun (SD = 2.03) (kisaran 7,2 -16,9 tahun). Kohort adalah Kaukasia pra-dominan (95%), mencerminkan etnis / ras makeup dari wilayah geografis. Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam durasi penyakit antara pasien dengan ARFID dan kelompok *eating disorder* lainnya (Nicely, et al. 2014:4,5,6).

Merangkum korelasi antara pemilih makanan dan *neophobia* makanan pada anak kecil, yang diidentifikasi menggunakan kerangka sosial-ekologis. Kriteria inklusi adalah publikasi berbahasa Inggris-languagepeer yang menyelidiki korelasi (s) dari pemilih makanan atau *neophobia* makanan pada anak-anak berusia 30 bulan. Korelasi dikategorikan ke dalam 4 level: sel, anak, klan (keluarga), dan komunitas / negara. Tiga puluh dua studi, yang meneliti 89 korelasi, diidentifikasi dari pencarian kata kunci dari basis data dan pencarian manual dari daftar referensi artikel yang disertakan. Korelasi yang paling diperiksa adalah karakteristik yang berhubungan dengan anak (jenis kelamin, berat badan, dan asupan dieter) dan orang tua (keyakinan dan praktik pemberian makan). Sebuah meta-analisis memperkirakan prevalensi pilih-pilih menjadi 22%. Setiap bulan tambahan usia anak dikaitkan dengan peningkatan 0,06 U dalam skor Perilaku Makan Anak-anak (Natasha Chong Cole, et al, 2017).

Hasil dari beberapa studi dapat dijelaskan kejadian *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (Neophobia)* di Indonesia sendiri masih belum ada namun perilaku pola makan yang tidak teraturlah yang berhubungan dengan kondisi ARFID dan dari beberapa data yang ada terkait hubungan lingkungan keluarga

maupun lingkungan sosial-budaya terhadap perilaku orang tua dalam keluarga yang dilihat anak atau diajarkan kepada anak dan terus berulang sehingga anak menjadi *picky eater* dan informasi terkait lingkungan sosial-budaya terkait mitos-mitos dalam keluarga sehingga menjadi pantangan untuk mencoba makanan baru dan hal ini masih jarang di teliti. Oleh karena itu hal ini lah yang menarik minat peneliti untuk meneliti "Hubungan Lingkungan Terhadap Terjadinya *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder* pada Anak Usia *Toddler*" sehingga peran sebagai perawat mempunyai ide untuk memberikan sebuah edukasi terhadap perilaku makan, gizi dan lain-lain serta membantu membuat sistem penilaian disiplin makan kepada orang tua dan juga anak, dan memberikan konsultasi terkait gizi dan saran suplemen makanan (jika diperlukan) tergantung dengan keadaan orang tua dan anak.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah "Apakah terdapat hubungan antara lingkungan dengan terjadinya *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler* di Puskesmas Pahandut Palangka Raya".

1.3 Tujuan Penelitian

Sesuai dengan rumusan masalah yang ada dan sudah ditetapkan, maka tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara

lingkungan dengan terjadinya *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler* di Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya.

1.3.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara lingkungan dengan *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler* di Puskesmas Pahandut Kota Palangkaraya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi lingkungan dalam keluarga untuk mengetahui tanda-tanda terjadinya *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)*.
2. Mengidentifikasi kejadian *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler*.
3. Menganalisis hubungan lingkungan dengan terjadinya *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler*.

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini berguna untuk menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti tentang adanya hubungan lingkungan dengan *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler*. Sebagai tambahan informasi dan acuan untuk peneliti lain yang tertarik melakukan atau melanjutkan penelitian hubungan antara lingkungan

dengan *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler*.

1.4.2 Bagi Praktisi Keperawatan

Penelitian ini dapat digunakan oleh perawat untuk menambah wawasan dan pengetahuan dalam melaksanakan peran sebagai edukator yang memberikan pengetahuan dan dorongan pada keluarga tentang penyebab dan terapi yang diberikan pada *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler* agar terlibat dalam perawatan ketika di rumah sakit maupun di rumah.

1.4.3 Bagi Pendidikan Keperawatan

Sebagai informasi agar mengetahui pentingnya penanganan *avoidant/restrictive food intake disorder(neophobia)* pada anak usia *toddler* dalam perawatan untuk dapat meningkatkan kualitas nutrisi pada anak usia *toddler*.

1.5 Keaslian Penelitian

Sebanyak 18 orang tua(sebesar 46% dari responden) melaporkan tujuh atau lebih makanan dimakan bersama-sama sebagai sebuah keluarga setiap minggu. Peringkat kelompok orang tua ini anak mereka secara signifikan lebih rendah(4,66) pada skala *pickiness* digunakan untuk survei ini, dari orang tua yang mengatakan mereka makan lebih sedikit makan saat bersama-sama. 38% dari orang tua melaporkan makan 4-6 porsi sebagai sebuah keluarga setiap minggu, dan orang tua dinilai pilih-pilih makan anak-anak mereka di (5,8). Orang tua yang melaporkan bahwa mereka memiliki 3 atau lebih sedikit makanan dimakan bersama-sama mewakili 15% dari sampel dan menunjukkan peringkat *pickiness*

anak-anak dari 8,0 dari 10 pts dari 18 orang yang dilaporkan 7 atau lebih makan bersama, 15 dari mereka orang tua juga menyatakan bahwa anak mereka di 4,73 dibandingkan dengan rata-rata untuk semua anak peringkat dari 5,6(Lyons. 2015:7).

Menggunakan kriteria DSM-5 yang diusulkan, 39 (22,5%) pasien yang memenuhi kriteria untuk ARFID, 93 (53,8%) untuk *AN*(*Anorexia Nervosa*), 20(11,6%) untuk *BN*(*Bulimia Nervosa*), dan 21 (12,1%) untuk *OSFED*(*Other Specified Feeding or Eating Disorder*) / *UFED*(*Unspecified Feeding or Eating Disorder*). Khususnya, semua pasien yang didiagnosis dengan ARFID dilakukan diagnosis DSM-IV dari *EDNOS*(*Eating Disorder Not Otherwise Specified*). Tidak ada yang didiagnosis dengan DSM-IV *Feeding Disorder* dari bayi atau anak usia dini, karena semua yang berusia lebih dari enam tahun di *intake*. Dari 173 peserta termasuk, 92% adalah perempuan dengan usia rata-rata 13,5 tahun (SD = 2.03) (kisaran 7,2-16,9 tahun). Kohort adalah Kaukasia pra-dominan (95%), mencerminkan etnis/ras dari wilayah geografis. Tidak ada perbedaan yang signifikan dalam durasi penyakit antara pasien dengan ARFID dan kelompok *eating disorder* lainnya(Nicely, et al. 2014:4,5,6).

Merangkum korelasi antara pemilih makanan dan neophobia makanan pada anak kecil, yang diidentifikasi menggunakan kerangka sosial-ekologis. Kriteria inklusi adalah publikasi berbahasa Inggris-languagepeer yang menyelidiki korelasi (s) dari pemilih makanan atau *neophobia* makanan pada anak-anak berusia 30 bulan. Korelasi dikategorikan ke dalam 4 level: sel, anak, klan (keluarga), dan komunitas / negara. Tiga puluh dua studi, yang meneliti 89 korelasi, diidentifikasi dari pencarian kata kunci dari basis data dan pencarian manual dari daftar referensi artikel yang disertakan. Korelasi yang paling diperiksa adalah karakteristik yang

berhubungan dengan anak (jenis kelamin, berat badan, dan asupan dieter) dan orang tua (keyakinan dan praktik pemberian makan). Sebuah meta-analisis memperkirakan prevalensi pilih-pilih menjadi 22%. Setiap bulan tambahan usia anak dikaitkan dengan peningkatan 0,06 U dalam skor Perilaku Makan Anak-anak(Natasha Chong Cole, *et al*, 2017).

